Aus der Psychiatrischen Klinik in Tübingen.

Ueber

Geistesstörung bei Syringomyelie

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr Robert Wollenberg

o.ö. Professor der Psychiatrie und Vorstand der Psychiatrischen Klinik der Universität Tübingen

der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Eberhard Herzog

approb. Arzt aus Reutlingen

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Tübingen

Verlag von Franz Pietzcker

1906.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Tübingen

Referent: Prof. Dr Wollenberg.
Tübingen, Mai 1906.

BUCHDRUCKEREI G. SCHNÜRLEN IN TÜBINGEN.

Dem Andenken meines Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552717_0081

Mit der Klinik der Syringomyelie sind wir erst seit ca. 10—15 Jahren genau bekannt, nachdem das Vorkommen von Höhlen im Rückenmark pathologisch-anatomisch schon lange vorher festgestellt war. Wenn daher schon früher als seit der oben erwähnten Zeit Kombinationen von Psychosen mit Syringomyelie beobachtet wurden, so waren es naturgemäss Befunde, bei denen die Obduktion eines Geisteskranken eine Syringomyelie ergab. Dies war vor allem bei der progressiven Paralyse der Fall und hier stammt die erste Beobachtung eines Zusammentreffens mit Syringomyelie von Schüle schon aus dem Jahre 1875. Es haben sich seither die Beobachtungen gehäuft, Hand in Hand mit der enormen Vermehrung der Literatur über Syringomyelie in den letzten 10 Jahren, aber teils wurde immer noch wie oben erst durch die Sektion eines Geisteskranken ein gleichzeitiges Vorkommen festgestellt, teils stand die Beschreibung der Syringomyelie im Vordergrund und wurde einer dabei bestehenden psychischen Störung nur als eines mehr oder weniger zufälligen Nebenbefundes Erwähnung getan.

Im Anschluss an einen Fall, der in der Tübinger psychiatrischen Klinik zur Beobachtung kam, habe ich nun die Literatur, die mir zur Verfügung stand, auf Komplikationen von Syringomyelie mit psychischen Störungen durchsucht. Einesteils in der Absicht, die Häufigkeit des Zusammentreffens festzustellen, andernteils um der Frage nachzugehen, die in neuerer Zeit auch von anderer Seite erörtert worden ist: Bieten die mit Syringomyelie kombinierten psychischen Störungen eigenartige Züge? Besteht ein Zusammenhang zwischen Syringomyelie und Psychose?

Ich will der Reihe nach zuerst die Kombination der Syringomyelie mit angeborenen Schwächezuständen behandeln, dann ihre Verbindung mit Dementia paralytica, daran füge ich das Material über Syringomyelie und Psychoneurosen und bringe endlich die Kombination mit funktionellen Psychosen zugleich mit der Besprechung meines Falles.

Da ich meine Arbeit vorwiegend unter klinische Gesichtspunkte stelle, so fasse ich unter dem Begriff Syringomyelie sowohl die eigentliche Höhlenbildung, wie sie im Wort ausgesprochen ist, als auch die Gliosis spenalis, den Neubildungsprozess, durch dessen Zerfall dann erst die Höhle entsteht, zusammen, weil beide gewöhnlich miteinander vereinigt und auch in symptomatologischer Hinsicht nicht voneinander zu trennen sind.

Naturgemäss fällt auch die Hydromyelie, die angeborene Erweiterung des Zentralkanals unter diese Begriffsbestimmung. Die Grundlage des ganzen Prozesses bilden ja, wie heute allgemein angenommen wird, kongenitale Entwicklungsanomalien, die entweder den Zentralkanal selbst betreffen, indem er auf einer fötalen Entwicklungsstufe verharrt, oder es sind Nester von Gliazellen in der Umgebung des Zentralkanals resp. in der hinteren Schliessungslinie aus der Fötalzeit liegen geblieben und diese besitzen die Tendenz, spontan oder durch irgend einen Reiz (Trauma) angeregt, zu wuchern und durch ihre Vermehrung die langgestreckten Geschwülste zu bilden, die dann zerfallen und eine Höhle bilden. Je nach der primären oder sekundären Entstehung der Höhle ist dieselbe bald von einem Epithel ausgekleidet, bald fehlt diese Auskleidung (Oppenheim).

Von ätiologischen Momenten kommen also in Betracht: Entwicklungsanomalien des ganzen Zentralnervensystems oder des Zentralkanals, sie sind wahrscheinlich bei den meisten Syringomyelien vorhanden; ferner zerfallende geschwulstartige Gliawucherungen. Auslösend wirken Traumen ohne schwere Initialsymptome, Lues, Infektionskrankheiten und Gefässveränderungen.

Dies zur Orientierung. Ich beginne nun mit der Besprechung der angeborenen Schwächezustände bei Syringomyelie. Wir treffen von angeborenen Intelligenzdefekten so viele in der Literatur an, dass die Annahme eines zufälligen Zusammentreffens in den meisten Fällen nicht angeht. In den 50 Fällen Schlesinger's mit klinischen Beobachtungen finden sich 10mal Andeutungen darüber, also 20 %, und in den 16 Fällen Hoffmann's 5, also 30 %, bei denen eine Intelligenzschwäche vorhanden ist.

Bei Hoffmann heisst es bei Fall III: Stupidität; bei V: Denkprozess langsam; X: entschieden geistig etwas zurückgeblieben oder wenig begabt; XII: lernte schlecht in der Schule, geringer Grad von Stupidität. Fall XIII beschreibt die psychischen Störungen etwas ausführlicher: 41jähriger Mann, von Kindheit an schwerhörig, macht sehr einfältigen, geistesgestörten Eindruck, weiss nicht, wo er sich befindet, meint er sei zu Hause, führt seine Krankheit auf Bäder zurück, die er wegen Pediculi bekam. Eigentümliche Schädelbildung, Strabismus divergens, Nystagmus, undeutliche Sprache. Eine genauere Beurteilung erlauben die äusserst knappen Angaben nicht, es scheint aber auch hier ein geistiger Schwächezustand vorzuliegen.

Schlesinger erwähnt in Fall 1: Sehr geringe Intelligenz, war 3 Jahre in Irrenanstalt, 5: Macht stumpfsinnigen und stupiden Eindruck, bei der Untersuchung zerstreut, antwortet unwillig und sehr langsam; 29: Idiot mit Hydrocephalus; 36: Intelligenz sehr tiefstehend, Gedächtnis und Aufmerksamkeit schlecht, einmal Erregungszustand; 39: Intelligenz gering, sehr mürrisch unwillig, Gedächtnis schlecht; 40: Hochgradige Demenz (war 13 Jahre in Irrenanstalt); 47: Stupidität; 50: Höchst unintelligent, beantwortet Fragen mürrisch und verdrossen; 51: Intelligenz sehr tiefstehend; 56: Demenz. — Dieser Autor sagt ausserdem noch, dass speziell bei überwiegend trophischen Störungen, besonders dem Morvan'schen Typus bei einer Anzahl seiner Kranken eine zweifellose Beschränktheit vorhanden war.

Bei diesen geistigen Defekten spielen zweifellos kongenitale Anomalien eine Rolle. Wenn, was sehr häufig, ein angeborener Hydrocephalus besteht, der an sich schon die intellektuelle Entwicklung stört, so weist dies noch sicherer auf eine kongenitale pathologische Veranlagung des Zentralnervensystems hin.

Ich komme nun zur Besprechung der Kombination der progressiven Paralyse mit Syringomyelie. Ich habe sie in der Literatur in 14 Fällen gefunden (Schüle, Eickholt, Fürstner & Zacher, Köberlin, O'Carrol, Oppenheim, Rosenblath, Giannelli (3 Fälle), Schaffer & Preisz, Galloway, Tollens, Joffroy & Gombault).

Von diesen Fällen waren mir besonders die 4 folgenden bemerkenswert und zwar deshalb, weil sie teils klinisch, teils anatomisch atypische Formen von Paralyse zeigten.

Bei dem von Eickholt beschriebenen Fall handelt es sich um eine diffuse Hirnsklerose, die unter dem klinischen Bild einer Dementia paralytica verlief; das Hervorstechendste des Krankheitsbildes war eine hochgradige Demenz, in welche interkurrierend Aufregungszustände mit blindem triebartigem Charakter hineinspielten. Hiezu kamen als körperliche Störungen besonders Ataxie, Atrophie der Muskulatur und Opticusatrophie, ferner epileptiforme Anfälle. Ausser dem erweiterten Zentralkanal bestand enorme Vergrösserung der Hirnventrikel und starke Atrophie des Gehirns. In diesem Fall sieht der Autor den ursächlichen Zusammenhang zwischen zerebraler und spinaler Affektion darin, dass eine anatomisch gefundene periependymäre Hirn- und Rückenmarksklerose zur Erweiterung präformierter Höhlen führte, zum Hydrocephalus und Hydromyelus.

Im Fall von Fürstner und Zacher bestanden zwar als klinische Symptome der Paralyse Demenz, Erregung, Grössenideen, Tremor der Zunge und Gesichtsmuskulatur, Sprachstörung, Pupillendifferenz, apoplektiforme Anfälle, im weiteren Verlauf aber traten die psychischen Störungen zurück und es blieb

nur ein sehr mässiger intellektueller Defekt neben Reizbarkeit und Neigung zu hochgradiger Verstimmung zurück, einen progressiven Charakter bekundeten die Symptome nicht. Von den Anfällen waren die beiden ersten wirkliche paralytische Anfälle, also zentral bedingt, dagegen schien der Ursprung der in den letzten Monaten aufgetretenen Insulte, bei denen das Sensorium wenig beeinträchtigt war, die durch intensives Schwindelgefühl, stärkere Parästhesieen, Zuckungen der Zunge, Dyspnoë, Cyanose, erhöhte Pulsfrequenz gekennzeichnet war, mit mehr Recht in die Medulla oblongata oder das Cervicalmark verlegt zu werden. Die Höhle reichte von der Pyramidenkreuzung bis zum unteren Lendenmark und zwar war besonders das Halsmark betroffen. So können sowohl die zweite Gruppe der Anfälle als auch die Sprachstörung, der Tremor der Zunge als Symptome einer Syringobulbie aufgefasst werden, da auch der Hypoglossuskern partiell degeneriert war. Die beiden Autoren schliessen nun einen kongenitalen Ursprung der Höhlenbildung sowie einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Zentralkanal von vornherein aus, da die Höhle innerhalb der Gliawucherung ganz unabhängig von dem fast durchgängig erhaltenen Zentralkanal entstanden ist. Einen genetischen Zusammenhang zwischen zerebraler und spinaler Affektion deuten auch sie an, insofern sie der bei ihrem Patienten bestehenden Störung in den vasomotorischen Zentren einen Einfluss zuschreiben sowohl auf die Vaskularisation des Gehirns als die des Rückenmarks. Die gliomatöse Neubildung wäre dann als sekundäre, durch anormale Vaskularisation bedingt, aufzufassen.

Bei Köberlin ist nur erwähnt, dass es sich um eine atypische Paralyse handelt, worunter er das Fehlen charakteristischer Grössenideen und eines Verlaufs von typischem Charakter versteht; die Paralyse äusserte sich besonders in progressivem Schwachsinn. Auch hier ist beträchtlicher Hydrocephalus internus und ausgesprochene Hydromyelie vorhanden.

Aus den knappen Angaben O'Carrol's, die ich Liman

entnahm, der den Fall als progressive Paralyse beschreibt, stelle ich nur fest, dass bei einem 32jährigen Mann, dessen Sprache stammelnd und dessen Benehmen halb blödsinnig war, wozu noch Inkontinenz für Urin und Stuhl kam, das Gehirn normal, der Zentralkanal des Rückenmarks erweitert war. Ob wirklich eine Paralyse vorlag, ist nicht sicher, weitere Schlüsse lassen sich bei der kurzen Krankengeschichte nicht ziehen.

Ich füge noch 3 Urteile betreffs des Zusammenhangs zwischen beiden Erkrankungen bei, von Oppenheim, Tollens & Joffroy und Gombault.

Oppenheim weist nach ausführlicher Erwägung der Frage über die Kombination von Tabes mit Syringomyelie kurz darauf hin, dass die in seinem Fall später hinzugetretene Dementia paralytica auch nicht als rein zufälliges Accidens aufzufassen sei.

Tollens, der einen Fall beschreibt, in dem bei der Sektion eines Paralytikers ein Hydromyelus gefunden wurde, erklärt ein gleichzeitiges Auftreten beider Affektionen damit, dass in solchen Zentralnervensystemen angeborene Schwächezustände vorhanden und sie daher besonders zu pathologischen Veränderungen veranlagt seien; den anatomischen Beweis dieser minderwertigen Konstitution sieht Tollens in seinem Fall in der Bildungsanomalie des Rückenmarks, dem Hydromyelus und dem Defekt in der hinteren Schliessungslinie. Dieselbe Hypothese stellen auch Joffroy und Gombault auf. Dieses prädisponierte Nervensystem werde dann von irgend einer schädigenden Ursache, wozu die Autoren Syphilis rechnen, angegriffen, welche dann die Paralyse auslöse. Dass ja Lues nicht nur bei der Paralyse, sondern gerade auch bei Syringomyelie ein ätiologisch bedeutsamer Faktor ist, habe ich schon oben erwähnt.

Es folgt nunmehr die Erörterung über Komplikationen der Psychoneurosen mit Syringomyelie. Ich führe nur Epilepsie und Hysterie etwas ausführlicher an, darunter einige Fälle mit ausgesprochen psychischen Störungen, und erwähne nur beiläufig, dass auch Fälle von Chorea, Basedow'-

scher Krankheit und Tetanie bei Syringomyelie zur Beobachtung kamen, wofür auch 3 der folgenden Fälle Zeugnis ablegen.

Komplikationen mit Epilepsie fand ich in 6 Fällen (Joffroy & Achard, Vought, Hoffmann, Hochhaus, Schlesinger (l. c. Fall VII, S. 458) & Lunz). Die beiden letzteren Beobachter erwähnen neben der ausführlichen Beschreibung des syringomyelitischen Symptomenbildes nur typische epileptische Anfälle, ohne sie weiter zu bewerten. Von den 4 andern Fällen nehme ich einerseits die von Joffroy-Achard und Hochhaus, andrerseits die von Vought und Hoffmann zusammen.

Die erste Gruppe zeigt in Verbindung mit epileptischen Anfällen psychische Störungen.

Joffroy und Achard beschreiben den Verlauf einer mit Basedow'scher Krankheit kombinierten Epilepsie mit einer Reihe gehäufter Anfälle, die sich nur dadurch von den klassischen unterscheiden, dass zuerst klonische Zuckungen, dann tonische Krämpfe auftreten statt umgekehrt. Dazu kommen die für Epilepsie charakteristischen psychischen Störungen (psychosensorische Aura, petit mal, postepileptische Verwirrtheitszustände, reizbares Wesen, häufige Erregungen). Bei der Obduktion findet sich eine cervico-dorsale Syringomyelie, die intra vitam keine klinischen Symptome bot; die Autoren wollen sie aber nicht in Zusammenhang bringen mit den epileptischen Anfällen (die sie für cerebral bedingt ansehen), da die Syringomyelie nicht den Bulbus medullae betreffe und da in vielen andern Fällen, wenn sie ihn betreffe, keine Anfälle bestehen.

Hochhaus beschreibt ein Krankheitsbild, das begann mit den Symptomen der Tetanie, zu denen sich im Verlauf weniger Wochen epileptische Krämpfe und dauernde, in der Intensität allerdings sehr wechselnde Trübung des Bewusstseins hinzu gesellten (die Patientin war immer wie in einem leichten Traumzustand befangen); später traten psychotische Erscheinungen zeitweise mehr in den Vordergrund: Aufregungszustände und ausgesprochene Wahnideen. Die epileptischen Krämpfe wurden

später immer häufiger und pflegten mit einer Verstärkung der psychischen Symptome einherzugehen. Der einzig pathologische Befund im Nervensystem war die Syringomyelie (ebenfalls intra vitam symptomlos).

Hochhaus sieht in der Syringomyelie ein prädisponierendes Moment für die Tetanie und glaubt ferner, dass das Vorhandensein der Syringomyelie, einer Erkrankung, die man sicher auf kongenitale Anomalien des Rückenmarks beziehen könne, mit Wahrscheinlichkeit vermuten lasse, dass auch am Gehirn Defekte irgend welcher Art bestehen, die die zentralen Symptome verursachten, deren Nachweis sich aber bis jetzt unseren Hilfsmitteln entziehe.

Als besonders wichtig bezüglich des genetischen Zusammenhangs sehe ich die beiden andern Fälle an.

Im Falle Vought's, den ich nach Liman referiere, hat sich die Syringomyelie bei einem Patienten entwickelt, der seit seinem ersten Lebensjahr an chronischem Hydrocephalus litt; die epileptischen Anfälle traten im 19. Jahre auf. Die ersten Erscheinungen der im übrigen klar ausgeprägten Syringomyelie stellten sich 1 Jahr vorher ein. Der Kranke starb mit 24 Jahren an Erschöpfung infolge der gehäuften und schweren Anfälle; ein autoptischer Befund fehlt. Die zeitliche Aufeinanderfolge spricht nach Ansicht Vought's, bei dem ausserdem noch prädisponierten Patienten für die Auslösung der Krämpfe durch die Veränderungen im Bulbus medullae.

Bei Hoffmann handelt es sich um einen 52jährigen Mann, der seit dem 39. Jahre an Huntington'scher Chorea leidet. Dazu gesellten sich 7 Jahre später typische epileptische Anfälle. Ausserdem bestanden Muskelatrophien sämtlicher Extremitäten und Lähmung der Beine, ferner starke Salivation. Die Sensibilität war durchweg intakt. Psychisch zeigt Patient keine Spur von Alteration. Die Sektion ergab im Nervensystem Gliose mit Syringomyelie und Poliomyelitis anterior. Hoffmann nimmt an, dass die Syringomyelie und die Poliomyelitis anterior einer-

seits, die Chorea und Epilepsie anderseits selbständig neben- und unabhängig von einander in verschiedenen Abschnitten des Nervensystems sich ausbildeten auf der Basis einer weit verbreiteten krankhaften Anlage aus dem Fötalleben her.

Syringomyelie und Hysterie, häufig kombiniert, noch häufiger die eine die andere vortäuschend, hat schon geübte Diagnostiker irren lassen, wie das bei der manchmal vollständigen Gleichheit einzelner Symptome ohne weiteres verständlich ist.

Ich muss mich jedoch darauf beschränken, über das Zusammentreffen beider Erkrankungen zu referieren und verweise betreffs der Differentialdiagnose beider auf die überaus wichtigen Untersuchungen Laehr's.

A. Bäumler erwähnt 4 Fälle (Charcot, Vulpian, Andresen, Schultze), in denen Hysterie die Syringomyelie begleitet; Dimitroff 3 (Charcot und Brissaud, Minor, Joffroy); Schlesinger ausser seinen eigenen Beobachtungen 5 (Asmus, Agostini, Guinon-Dutil, Oppenheim, Weintraud); Liman 4 (Brunzlow, Jackson und Galloway), dazu habe ich noch 1 Fall von Prochazka gefunden, sodass es im ganzen ca. 18 Fälle sind.

Der von Asmus beschriebene, von Liman erwähnte Fall ist insofern interessant, als er neben typischen syringomyelitischen und einer Reihe hysterischer Symptome (besonders Gesichtsfeldeinschränkung, rechtsseitige Empfindungslähmung, Fehlen des Conjunctival- und Cornealreflexes) noch die Erscheinungen einer Psychose bietet. Es ist erwähnt, dass die Patientin beim Anblick fahrender Wagen Schwindelanfälle bekommt, dass einmal dem Auftreten der Menses ein leichter Tobanfall voranging und dass schliesslich Patientin 4 Wochen vor dem plötzlich eingetretenen Exitus einen Vergiftungsversuch mit sehr verdünnter Schwefelsäure unternimmt, woran sich nach Besserung der Folgen der Vergiftung eine mehr und mehr zunehmende Psychose anschliesst, über deren Wesen leider nichts ausgesagt wird. Die Obduktion bestätigte die Diagnose Syringo-

myelie, ausserdem fand sich noch eine Doppelanlage des Zentralkanals im Lendenmark, ein Zeichen für den kongenitalen Ursprung der Erkrankung.

Die beiden Beobachtungen von Brunzlow zeigen noch ausgeprägtere hysterische Erscheinungen, ja im ersten Fall wird jede Äusserung der Gliose teilweise durch Hysterie verdeckt und ihrer scharfen Grenzen beraubt, so dass es bei manchen Symptomen ganz unmöglich ist zu sagen, ob sie der Hysterie oder Gliose ihren Ursprung verdanken.

In einem Fall, den Jackson und Galloway beschrieben, bestanden neben einer Arthropathie des rechten Ellbogengelenks, rechtsseitiger Muskelatrophie, Verlust der Schmerz- und Temperaturempfindung des rechten Arms, Symptome, wie sie für Syringomyelie charakteristisch sind, noch eine sogenannte gemischte Anästhesie, die den rechten Arm, die rechte Thoraxseite, die rechte Körperhälfte bis einige Finger breit oberhalb des Nabels genau bis zur Mittellinie betraf. Die Schleimhäute der rechten Seite der Zunge, des Mundes, des Gaumens und Schlunds waren mit betroffen, in gleicher Weise auch der Geruch. Für Hysterie spricht einmal hereditäre Belastung, besonders aber der Umstand, dass die Affektion im 22. Jahr nach einem Anfall mit Bewusstlosigkeit und Verlust des Gefühls auf der rechten Körperhälfte aufgetreten ist.

Eine besondere Stellung nimmt wegen seiner ätiologischen Wichtigkeit der Fall von Prochazka ein:

38jähriger Mann fiel 7 m hoch herab. Zeichen von Gehirnerschütterung mit Verletzungen der Haut. Seither arbeitet er nicht mehr infolge subjektiver und objektiver Krankheitssymptome: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, allgemeine Schwäche, hauptsächlich in der linken unteren Extremität, Ohrensausen, später Schlingbeschwerden und Atrophie der Hände, die ½ Jahr nach dem Trauma begann.

Die Untersuchung ergab Atrophie der Handmuskeln, Contraction der Finger, vollständige Analgesie der Hände, Thermoanästhesie der rechten und Thermohypästhesie der linken Hand. Auf den

Händen viele Wunden wie Brandwunden und von Zeit zu Zeit auftretende Geschwüre. Rechtsseitige Empfindung vollständig aufgehoben. Beiderseitige Gesichtsfeldeinschränkung, Patellarreflexe sehr gesteigert. Leichte Skoliose, Arthropathie am Ellbogengelenk.

Die gleichzeitige Erkrankung von Hysterie und Syringomyelie legt Prochazka den Gedanken nahe, dass dem Trauma nicht nur für die Hysterie, sondern auch für die Syringomyelie eine ätiologische Bedeutung zukomme. Dem gegenüber hebt Schlesinger wohl mit Recht hervor, dass Traumen mit schweren Initialsymptomen zwar Höhlenbildungen im Rückenmark erzeugen, dass dieselben aber in der Regel nicht progredient und nicht zur Syringomyelie zu rechnen seien.

Bezüglich des Zusammenhangs beider Affektionen sagt Hoffmann, wenn er auch nicht die Ansicht teile, dass die Gesichtsfeldeinschränkung ein Symptom der Syringomyelie sei, so lasse er doch zu, dass so tiefgreifende Veränderungen, wie die Syringomyelie sie setzt, hie und da ebensogut eine Hysterie auslösen können wie ein Gehirntumor, indem eben die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegen andere Krankheitserzeuger durch die Syringomyelie herabgesetzt zu werden vermag.

Die Erörterung über die Beziehungen zwischen funktionellen Psychosen und Syringomyelie, zu der ich jetzt komme, beginne ich mit der ausführlichen Krankengeschichte eines in der Tübinger psychiatrischen Klinik beobachteten Falls.

Friedrich D., Seckler aus Schönbronn, geboren 29. XI. 1869. 1. Aufnahme 13. XII. 99.

Anamnese: Mutter an Blutvergiftung gestorben. Vater lebt, hat zu kurzes Bein, ein Bruder war fussleidend, ist jetzt gesund, bei einer Schwester wegen Beinfrass Amputation. Eine ähnliche Krankheit wie seine ist angeblich in der Ascendenz nicht vorgekommen.

Patient lernte in der Schule gut, kam vom Militär frei angeblich wegen X-Beinen.

War früher ausser 2maliger leichter Influenza stets gesund. 1894 Trauma: Fiel 5 m hoch herunter auf das linke Knie ohne üble Folgen.

Im Herbst 1897 begann das jetzige Leiden mit Pelzigsein der 3 ersten Finger der linken Hand. Schon damals bemerkte Patient in dieser Hand eine Herabsetzung der Kraft und des Tastsinns, ein Jahr später eine solche des Gefühls an der Innenseite der Hand. Im Sommer 98 traten zum erstenmale Geschwüre am kleinen Finger links auf, später grössere Blasen am Mittelfinger und über dem Handgelenk, im Mai 1899 neben Blasen am linken Vorderarm starke Verfärbung und Eiterung am linken Ellbogen und an der Aussenseite des Oberarms. Seit einem halben Jahr fiel ihm auch auf, dass er kalt und warm nicht mehr unterscheiden konnte. Das Allgemeinbefinden war nie gestört, Patient war bis jetzt immer arbeitsfähig.

Status:

Im allgemeinen gesunder Mann. Linke Lidspalte $<$ r.

Pupillen r $>$ l.

Uvula nach rechts gebogen.

Facialis symmetrisch.

An der Extensorenseite des linken Ober- und Unterarms umfangreiche rote, strahlige, verdickte Narben mit Exkoriationen, ausserdem kleinere Geschwüre, ferner Narben an Hand und Fingern. Hand plump verdickt. Beweglichkeit der Finger links beschränkt, sonst Motilität frei.

Sensibilität:

Im ganzen linken Arm und Schultergegend wird der Pinsel überall ziemlich gut empfunden, spitz und stumpf leidlich unterschieden, Schmerzempfindung und Gefühl für Warm und Kalt sind stark herabgesetzt. Sensibilität am reehten Arm und am ganzen übrigen Körper intakt. Reflexe der linken oberen Extremitäten nicht auszulösen.

Der linke Kleinfingerballen zeigt im Vergleich zum rechten Abflachung, das linke spat. interosseum IV ist eingesunken. In der linken Achselhöhle reichlichere Schweissbildung als in der rechten.

Rechts Skoliose der Brustwirbelsäule.

U. E. U. E. Reflexe lebhaft, nicht gesteigert.

Innere Organe ohne Besonderheiten.

Keine Blasen- und Mastdarmstörung.

Verlauf:

Langsame Heilung der Wunden. Patient hat keine Schmerzen, wird am 14. I. 1900 mit kleinen Hautdefekten ungeheilt entlassen.

2. Aufnahme vom 2. VII. bis 29. VII. 1900.

Am linken Oberarm ist ein neues Geschwür aufgetreten, sonst im Befund keine Änderung.

Nach Heilung der Wunde auf Wunsch entlassen.

3. Aufnahme am 11. IX. 1901.

Seit seiner Entlassung blieb der Arm geheilt. Den Angehörigen fiel seit einem Jahr auf, dass Patient sehr reizbar wurde, keinen Widerspruch mehr ertragen konnte. Seit 3 Monaten weigerte er sich zu arbeiten, sprach oft verkehrte Sachen, war sehr vergesslich. Manchmal lachte er zwangsmässig oft eine Viertelstunde lang ohne Grund, konnte mitunter nicht essen vor Lachen. Zeitweise sprach er halbe Nächte lang vor sich hin. Der Vater hat den Eindruck, als ob sein Sohn geistig schwächer geworden wäre. Die Stimmung sei immer gedrückt. Keine Krämpfe oder Anfälle.

Status: Äusserst abenteuerliche Grössenideen, es solle ihm von den beiden kaiserlichen Majestäten, dem russischen und deutschen Kaiser geholfen werden, dass er wieder arbeiten könne. Ist heiter erregt, gibt zu, Stimmen zu hören, wie ein Lerchengesang oder ein Grabgesang. Patient macht im Ganzen einen schwer besinnlichen Eindruck, wiederholt sich oft. Er vermag keine systematisierte Wahnbildung zu produzieren, seine Wahnideen haben etwas Unzusammenhängendes, ihre Motivierung etwas Schwachsinniges. Kenntnisse, Merkfähigkeit gut. Von körperlichen Beschwerden gibt er nur Schmerzen im Mittelfinger der linken Hand an.

Aus dem körperlichen Befund ist hervorzuheben:

Rechter Mundfacialis vielleicht eine Spur stärker innerviert als linker.

Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach links ab, zittert, ist frei beweglich.

Linke Lidspalte enger als die rechte.

Rechte Pupille etwas weiter als linke.

In den seitlichen Endstellungen treten nystagmusartige Zuckungen auf.

Uvula nach rechts.

Weicher Gaumen scheint sich links besser zu heben als rechts. Die Sensibilitätsstörung beschränkt sich auf den linken Arm und einen Teil des linken Thorax und linken Schulterblatts. In diesem Bezirk ist die Berührungsempfindung nur wenig, Schmerz- und Temperaturempfindung stark herabgesetzt.

Die früher bestandenen Geschwüre sind alle vernarbt.

Linke obere Extremität fühlt sich kühler an als rechte, ist blaurötlich verfärbt.

12. IX. Patient spricht nachmittags mehrfach von Hexen und Geistern, wird abends erregter, schreit und betet nachts, lässt sich auf den Boden fallen, kniet viel nieder, scheint lebhaft zu halluzinieren.

13. IX. Patient gibt in der Frühe an, er habe nachts zu der heil. Dreieinigkeit, die ihm erschienen sei, gebetet; macht morgens noch einen unklaren Eindruck, gibt keine weitere Auskunft.

Gegen Abend zunehmende Erregung, Patient betet mit lauter Stimme, zeigt verzückten Gesichtsausdruck.

14. IX. Er sei so unruhig gewesen, weil es 3—4mal geklopft habe. „Ich dachte mir, es seien Zauberers Künste. Ich habe gemeint, so lange ich die heil. Dreieinigkeit angerufen habe, sei der Teufel zur vorderen Türe hereingekommen und schnell wieder hinaus.“ Er habe den Teufel selbst nicht gesehen, sondern nur beobachtet, wie die Türe aufgegangen und ein Schatten hereingeschwebt sei.

Heute Nacht seien Tierlein aufgetaucht, eine weisse Gestalt an seinem Bett, ausserdem eine Art von Eidechsen. Er habe Angst dabei empfunden. Es könne sein, dass dies alles eine Andeutung vom tausendjährigen Reich sei. „In dem Lichte über der Türe habe ich einen Teller gesehen, wenn ich mit der rechten Hand die linke drückte, war es ganz krystallhell, wenn mit der linken die rechte, so ist ein Totenkopf auf dem Teller gewesen. Wenn ich hinblickte, hat der Totenkopf die Augen geschlossen, wenn ich wegsah, machte er sie wieder auf.“ — Momentan will Patient nichts sehen noch hören, er ist ruhig und geordnet.

15. IX. Patient hat die ganze Nacht nicht geschlafen, sich aber meist ruhig in seinem Zimmer verhalten und gebetet.

17. IX. Liegt stuporös da, geifert, spricht nicht, deutliche Katalepsie.

18. IX. Hat nachts wenig geschlafen, viel knieend gebetet; gibt über seine Sinnestäuschungen keinen näheren Aufschluss, spricht sehr wenig, muss zum Essen angehalten werden; hält sich rein.

21. IX. Wird etwas freier, darf auf Wunsch nachmittags aufstehen.

23. IX. Schlaf und Appetit bessern sich, nachmittags ausser Bett.

25. IX. Gibt bis jetzt keinen näheren Aufschluss über die Zeit seiner Erregung, klagt über Ziehen in der linken Hand. Nadelstiche werden rechts ulnar weniger als radial gefühlt.

27. IX. Freundlich und ruhig, beschäftigt sich, soweit es ihm möglich ist.

2. X. Patient bietet ein sehr wechselndes psychisches Verhalten, ist zeitweise ganz freundlich, ruhig und geordnet, zu andern Zeiten sehr gehemmt, äussert ab und zu noch, dass ihm die heil. Dreieinigkeit erschienen sei, dass Gott etwas Besonderes mit ihm vorhabe. In diesen Hemmungszuständen speichelt Patient viel, lässt mitunter Urin unter sich und verweigert vorübergehend die Nahrungsaufnahme. Zeitweise deutliche Flexibilitas cerea.

8. X. In der letzten Zeit hat sich Patient psychisch etwas freier gefühlt und willig an Arbeiten teilgenommen. Richtige Auskunft über die Zeiten der Hemmung ist bis jetzt von ihm nicht zu erhalten. Er gibt an, es sei eben auf einmal so gewesen, dass er nicht habe sprechen können oder sich nicht habe bewegen dürfen.

24. X. Stets ruhig und geordnet, hilft willig auf der Abteilung, stellt Sinnestäuschungen in Abrede, gibt über seine früheren krankhaften Erscheinungen keinen Aufschluss.

30. X. Arbeitet im Garten, äussert keine Wahnideen, gibt über seine Erregung keine hinreichende Auskunft.

10. XI. Still und zufrieden, klagt auf Befragen über Schmerzen ziehenden Charakters und Kältegefühl in der linken oberen Extremität.

20. XI. Beschäftigt sich täglich in und ausser dem Haus. Klagt nichts, isst und schläft gut, nimmt an Gewicht zu.

10. XII. Patient klagt über Ohrensausen und Schmerzen im linken Ohr.

22. XII. Patient äussert keine Wahnideen mehr, will keine Sinnestäuschungen mehr gehabt haben. Seiner psychischen Erregung erinnert er sich nur sehr dunkel. Er ist örtlich und zeitlich orientiert, Kopfrechnen und Merkfähigkeit sind gut. Schmerzen im linken Arm und Schultergegend und Kältegefühl bestehen weiter. Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung. Berührungsempfindlichkeit prompt. Rechts keine nachweisbaren Sensibilitätsstörungen. Facialis intakt. Gesichtsfeld nicht eingeengt, ophthalmoskopischer Befund normal.

Uvula nach rechts. Laryngoskopisch normaler Befund. Patellar- und Achillessehnenreflexe erhöht.

23. XII. Patient wird entlassen.

IV. Aufnahme am 15. IV. 1902.

Kommt wieder wegen seines Rückenmarkleidens und wegen

seiner linken Hand, in der er kein Gefühl mehr habe. Erscheint ruhig, geordnet, nicht ängstlich, erfasst und beantwortet Fragen prompt, Sensorium frei. Ist örtlich und zeitlich gut orientiert, gibt an, er hätte im September „Anfälle“ gehabt, während deren er nicht recht bei Bewusstsein war Er konnte nicht recht unterscheiden, was um ihn her vorging. Manchmal sei er auch ängstlich gewesen. Es sei gewesen wie ein Zucken, wie ein jäher Schrecken.

Derartige Verwirrtheitszustände sind weder vor-, noch jemals nachher aufgetreten.

Er fühlte sich körperlich wohl mit Ausnahme konstanter Schmerzen im Rücken. Bei Druck auf die linke Schulter bekomme er Schmerzen bis herauf in den Kopf links in der Schläfe. Bezüglich des körperlichen Befundes ist zu erwähnen: O. E. Links ist nur Daumen und Zeigefinger zu verwerten; die grobe Kraft ist $<$ r. Beim Mittelfinger existiert nur noch die Grundphalange, vierter und fünfter Finger sind stark kontrakturiert, der fünfte Finger ist keulenartig verdickt. Auf beiden Seiten der Hand granulierende Hautdefekte, angeblich von Blasen herrührend. An der Extensorenseite des linken Vorder- und Oberarms eine Reihe ausgedehnter teils strichförmiger teils strahliger Narben, deren Haut sich abschilfert.

Sensibilität: Im Bereich der linken oberen Extremität und des Schultergürtels, auf der Brust bis in die Mammillarlinie reichend, auf dem Rücken 2 cm oberhalb dem äusseren Scapularrand verlaufend deutliche Sensibilitätsstörung.

Muskelatrophie nicht nachweislich.

Taktile Berührung wird überall prompt angegeben, spitz und stumpf leidlich, Schmerzempfindung, sowie Empfindung für Warm und Kalt an der Hand völlig aufgehoben, nach oben zu häufig fehlerhaft angegeben. Elektrische Erregbarkeit für beide Stromarten an der linken oberen Extremität etwas herabgesetzt.

Im rechten Arm für alle Qualitäten intakt, ebenso in den unteren Extremitäten.

2.—11. Dornfortsatz sehr erheblich druckempfindlich. Daselbst auch Sitz der spontanen Schmerzen.

Verlauf: Geistig frei. Langsamer, aber stetig fortschreitender Heilungsprozess der Wunden. Erholt sich körperlich gut. Hat ausser den Rückenschmerzen, die an Intensität abnehmen, keine besonderen Klagen. Ab und zu entstehen neue Blasen an der linken Hand.

3. VII. 02. Das Gefühl in der linken Hand soll besser geworden sein. Gebessert nach Hause entlassen.

V. Aufnahme am 27. II. 1904.

Anamnese: Nach der Entlassung ging es ganz gut, er konnte arbeiten, auch im Winter. Seit 3 Wochen jedoch tat er nichts mehr, er wolle und könne nichts mehr arbeiten. Er stand auf, wenn er wollte und ass stark. Seit 6 Tagen schwatzte er dummes Zeug, zuletzt wurde er sehr unruhig, konnte, je nachdem einer mit ihm sprach, ganz wild werden, war jedoch nicht gewalttätig. Seine Umgebung erkannte er immer. Von Halluzinationen ist nichts zu eruieren, dagegen machte er sonderbare Bewegungen: stampfte immer auf den Boden, drehte sich im Kreis umher, wie wenn er tanzen wollte. Er versuchte auch unmotiviert abends das Haus zu verlassen, schimpfte manchmal nachts vor sich hin, ohne dass man wusste, weshalb.

Schon seit ½ Jahr lachte er viel vor sich hin. Besonders in letzter Zeit fing er oft während des Essens plötzlich an ohne Grund stark zu lachen. Auch die zornigen Erregungen begannen damit, dass er erst lachte.

27. II. Erscheint gehemmt, schaut an die Erde teils ängstlich, teils vor sich hin lächelnd, reagiert nicht auf Anreden, befolgt aber einzelne Anordnungen. Auf mehrfaches Befragen gibt er schliesslich eine ganz sinnlose Antwort. Isst nicht allein, spricht kein Wort, stöhnt fortgesetzt einige Stunden lang mit dem Ausdruck von Angst. Seine Umgebung scheint er zu erkennen.

28. II. Jammerte nachts fortwährend, verliess das Bett, trat von einem Fuss auf den andern, lief um das Bett herum, immer mit dem Affekt der Angst, war ganz schlaflos. Heute genau derselbe Zustand, Patient gibt keine Antworten.

5. III. Nachdem Patient tagelang in dem Zustand ängstlicher Hemmung verbunden mit mässiger Agitation verharrt war, nur sehr spärlich Essen zu sich genommen hatte und auch dies nicht freiwillig, im übrigen aber Fragen verstand, seine Umgebung anscheinend erkannte, ist nunmehr eine leichte Besserung infolge eines gewissen Nachlasses der ängstlichen Hemmung eingetreten. Patient verlangt jetzt Essen, ass allein und lachte mehrmals, sprach aber im übrigen weder spontan noch auf Befragen, sondern nickte oder schüttelte nur mit dem Kopf. Man erfuhr auf diese Art, dass er Stimmen höre und auf Befehl dieser nicht reden dürfe.

8. III. Gibt langsam und sinngemäss Auskunft, erscheint freier. Ist über Personalien und Zeit ungefähr orientiert. Gibt auf Befragen an, es seien wieder Erscheinungen vorgekommen, er habe

einmal abends im Buch der Weisheit gelesen und das habe sich nachts erfüllt. Eine bestimmte Beziehung auf sich weiss er aber nicht anzugeben. Er schweift dann in weiteren Erzählungen häufig ab und verliert sich in Nebensächlichkeiten. Von Erscheinungen, die er gesehen, gibt er an: feurige Flammen, die Erscheinung Gottes, der ihm alle Seelen zuführen wollte.

Stimmen habe er nicht viele gehört, es seien mehr innere Eingebungen gewesen.

Viel von dem, was die Leute geredet, sei auf ihn gegangen, von seiner Stiefmutter glaubt er sich bestohlen. Die Intelligenzprüfung erweist keine Besonderheiten, die Merkfähigkeit ist gut.

Körperlicher Befund: Im ganzen linken Trigeminus ist sowohl Schmerz- als Temperaturempfindung herabgesetzt.

L. O. E. Die aktive Beweglichkeit ist prompt mit Ausnahme des vierten und fünften Fingers, die beide sich in Beugekontraktur befinden. Linker Kleinfingerballen etwas atrophisch, ebenso I. Inteross. Grobe Kraft links deutlich herabgesetzt. Patient kann die Interossei nur mit grösster Mühe willkürlich innervieren. Sensibilität hat sich im Vergleich zu den früheren Befunden nicht verändert.

Skoliose nach links bis zum VI. Proc. spin.

U. E. Kniereflexe nicht gesteigert. Sensibilität ohne Störung.

12. III. Patient klagt über schlechten Schlaf wegen „Blutandrang zum Kopf“, über Schmerzen in den Augen und in der Stirn, sodass ihm das Sehen fast unmöglich sei. Die Stimmung ist gedrückt, er stöhnt vor sich hin. Halluzinationen werden geleugnet, ebenso Angst, doch macht er sich Vorwürfe, weil er einmal ein gefundenes Messer nicht zurückgegeben habe.

14. III. Ist ruhig, liegt meist leicht schlummernd und benommen zu Bett mit zurückgebeugtem Kopf; örtlich und zeitlich orientiert.

20. III. Nimmt Anteil an seiner Umgebung, seine Stimmung ist besser geworden, erzählt von seinen früheren Erkrankungen, fürchtet, dass es mit der andern Hand ähnlich gehe.

28. III. Geht in den Garten, beteiligt sich an Gesang und Spiel, klagt darüber, dass er öfter ganz plötzlich in Schlaf verfalle, dem er nicht widerstehen könne.

29. III. Lumbalpunktion. Puls und Temperatur blieben gleich. Höhe des Drucks 33,5 cm.

Cytologischer Befund: In 6 Präparaten ca. 10—12 Leucocyten. In einem Gesichtsfeld deren 4.

31. III. Hat etwas über unbedeutende Rückenschmerzen geklagt.

23. IV. Fortdauernd psychisch ohne Störung, arbeitet im Garten, klagt über stärkere Ermüdbarkeit und häufige Kopfschmerzen.

20. V. Arbeitet gut und fleissig, psychisch frei, fühlt sich sehr wohl, verlangt nicht nach Hause.

10. VI. Gebessert nach Hause entlassen, ging sehr ungern, meinte, daheim sei es im Verhältnis zum hiesigen Aufenthalt die reine Hölle.

Die Katamnese, die ich bei D. in seinem Heimatsdorf am 26. IX. 1904 erhob, ergab, dass die Besserung des Patienten keine anhaltende war. Er begann, nachdem er sich ca. 6 Wochen wohl gefühlt hatte, wieder über starke Schmerzen im Rückenmark besonders in der Gegend des 3.—4. Brustwirbels zu klagen, die auch jetzt noch bestehen und sein psychisches Verhalten zweifellos beeinflussen. Er liegt die ganze Zeit zu Bett, ist, trotzdem die Feldarbeit drängte, zu irgend welcher Arbeit nicht zu bewegen, er sagt, er könne eben nicht arbeiten, er fühle sich stets so matt. Patient erzählte spontan und klagte darüber, dass er wieder viel Stimmen höre, besonders bei Nacht, häufig wie schrille Töne; manchmal meine er, sie kommen aus seinem eigenen Mund heraus. Seine Angehörigen berichten, dass er sehr mürrisch, verdrossen, wenig mitteilsam sei, Essen nehme er in ihrer Anwesenheit nie zu sich, erst wenn sie fort seien, hole er sich welches. Er schimpfe viel bei Nacht vor sich hin, lache auch ab und zu noch zwangsmässig und sei im allgemeinen geistig schwächer geworden.

Patient machte bei der Exploration gehemmten Eindruck, zeigte viel Affekt, geistig, war als etwas stumpf. Suicidgedanken leugnet er. Es besteht geringe Krankheitseinsicht für seine früheren geistigen Störungen. Von körperlichem Befund ist zu erwähnen, dass neue Geschwüre nicht aufgetreten sind und dass auch die Sensibilitätsstörung nicht weitergegriffen hat, dagegen Verdacht auf Phtise.

Zur Anamnese ist nachzutragen, dass die Grossmutter mütterlicherseits auch „nicht recht im Kopf“ gewesen sein soll.

Vergegenwärtigen wir uns nun das Krankheitsbild in seinen Hauptzügen.

Ein 30jähriger Mann, hereditär angeblich nicht gleichsinnig belastet, früher gesund, erkrankt allmählich damit, dass die Finger der linken Hand pelzig werden, Geschwüre und

Blasen an der linken oberen Extremität auftreten, er kann kalt und warm nicht mehr unterscheiden, bekommt Skoliose der Brustwirbelsäule, geringe Atrophie der Handmuskeln und plumpe verdickte Hand mit Mutilationen und beschränkter Beweglichkeit; er ist dabei psychisch völlig gesund. Nach 2jähriger Dauer des Leidens beginnende Reizbarkeit, zwangsmässiges Lachen, beginnende geistige Schwäche, gedrückte Stimmung. In der Klinik heftiger Erregungszustand, abenteuerliche Grössenideen, lebhafte Halluzinationen, schwachsinnige Motivierung der Wahnideen, Hemmungszustand, dann plötzlich Benommenheit und Katalepsie. Rasche Besserung mit wechselndem psychischem Verhalten. Dabei Fortbestehen der körperlichen Symptome ohne neue Geschwüre. 2jähriges psychisch freies Intervall, wobei nur die Sensibilitätsqualitäten immer mehr gestört werden und neue Blasen und Wunden entstehen. Dann Wiederausbruch psychischer Störungen: Zwangsmässiges Lachen, sonderbare Bewegungen, starke ängstliche Hemmung mit Affekt, fortwährendes Jammern, Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Körperlich: Weitergreifen der Sensibilitätsstörungen auf den Trigeminus, stärkere Atrophie der kleinen Handmuskeln. Stimmung gedrückt, macht sich Vorwürfe. Dann wieder Zustand von Benommenheit und Somnolenz, worauf verhältnismässig rasche Besserung, die allerdings nur kurze Zeit anhält, um wieder einem gedrückten Wesen mit Hemmung und Halluzinationen Platz zu machen.

Die Diagnose der Syringomyelie, obwohl nur klinisch zu stellen, erscheint zweifellos; vor allem sprechen dafür die trophischen und Sensibilitätsstörungen, besonders die Thermoanästhesie, die fortschreitende Atrophie der Handmuskeln, die Kontrakturen der Hand und die Skoliose der Brustwirbelsäule.

Was dagegen die psychischen Erscheinungen betrifft, so ist hier das Bild etwas unklarer. Es könnte zunächst an ein organisches Leiden gedacht werden. Für progressive Paralyse sprechen die Grössenideen, die Pupillendifferenz; es fehlen aber

sonstige für Paralyse bestimmende körperliche Symptome, ferner spricht dagegen der langsame Verlauf der Psychose, speziell die langsame Progressivität der Demenz, das rasche Eintreten der Remissionen und ihre Häufigkeit.

Mit grösserer Bestimmtheit ist eine funktionelle Psychose anzunehmen. Und hier kann mit Ausschluss der andern Formen nur eine Katatonie in Betracht kommen. Gewichtige Momente für das Festhalten an dieser Diagnose sind: Der Beginn der Psychose mit läppischen Zügen (Lachen) und die lebhaften Halluzinationen, das äusserst zerfahrene Gerede, die geringe Systematisierung und schwachsinnige Motivierung der Wahnvorstellungen, die Wiederholung der Psychose mit den sonderbaren stereotypen Bewegungen und schliesslich die zunehmende geistige Schwäche.

Einen Fall von Kaiser und Küchenmeister kann ich dem meinigen als am ähnlichsten zur Seite stellen.

Ch. P. Arbeiter, geb. 4. II. 1866.

I. Aufnahme März 94. Die Anamnese ergibt: Vater gestorben, war geisteskrank, Mutter sehr nervös und erregbar. Eltern und 2 weitere Verwandte der Mutter endeten durch Suicid. 4 Brüder im 1. Lebensjahr an Krämpfen gestorben, ein Abort. Zu 3 Jahren schweres Nervenfieber, seither soll Schwäche der rechten Extremitäten, besonders des Arms bestehen und will er öfters wirr im Kopf gewesen sein, erschreckte, litt häufig an Ohrensausen und Kopfweh. Geschlechtliche Infektion negiert, Alkoholismus zugegeben.

Status: Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. Pupillen reagieren etwas schlaff. Leichter Tremor der Zunge. Parese und Atrophie des rechten Arms. Rechte angeborene Leistenhernie mit kindlichem rechtem Hoden. Gehen sehr erschwert.

Stimmung düster und unzufrieden, grosse motorische Unruhe, Verwirrungs- und Aufregungszustand.

Verlauf: Nach kurzdauernder rasch erfolgter Besserung der Stimmung und der Unruhe wieder zunehmende Erregung, Halluzinationen. Patient schwatzt und lacht leise vor sich hin, winkt mit dem Kopf nach der Decke, wird zunehmend lebhafter, ist störend, schläft schlecht, schwatzt ununterbrochen. Ganz plötzlich apoplekti-

former Anfall (Benommenheit, Sprachlosigkeit, völlige schlaffe Lähmung der rechten Extremitäten, Lähmung des rechten Mundfacialis).

Allmählich Besserung der Erscheinungen, Patient kann wieder gehen, das rechte Bein schleift nach. Er antwortet konfus, lacht albern, wird einmal wieder sehr reizbar und unruhig, beruhigte sich aber später bald und konnte beschäftigt werden und wird nach Verlauf eines Jahres als geistig genesen entlassen. Er ist phlegmatisch, stumpf geworden, aber äusserlich geordnet und klar, zeigt leidliche Erinnerung an seine Krankheit und auch Krankheitseinsicht. Die Pupillen reagieren prompt, rechte Pupille weiter. Zunge zittert etwas, weicht nach rechts ab. Zuckungen in der Mundmuskulatur beim Sprechen. Nasolabialfalten nicht verstrichen. Ausgesprochene Parese der rechten Extremitäten. Reflexe deutlich erhöht (Verdacht auf Paralyse).

Nach ½ Jahr Aufnahme in die psychiatrische Klinik Halle wegen Selbstmordversuchs.

Status: Stimmung sehr deprimiert, Intelligenz und Urteilskraft deutlich geschwächt, Vorstellungsablauf deutlich erheblich gehemmt.

Pupillen gleichweit, L.R. prompt.

Facialis rechts schwächer. Zunge zittert, weicht etwas nach rechts ab. Reflexe in den oberen Extremitäten links lebhaft, rechts stark gesteigert, Patellarreflexe beiderseits gesteigert.

Sensibilität: Tast- und Schmerzsinn intakt. Über Temperatursinn nichts angegeben.

Parese der rechten Extremitäten und zwar der oberen mehr als der unteren.

Die Muskulatur des rechten Arms, besonders des Oberarms atrophisch, in geringem Masse die des rechten Beins. Bedeutende Kyphoskoliose der Brustwirbel.

Überführung nach Alt-Scherbitz. Dort völlige Überstehung eines Erisypels mit hohem Fieber, Benommenheit. Patient spricht stotternd, deutliches Silbenstolpern. Rechte Hand stark geschwollen mit Blasenbildung. In dauernder Benommenheit bei Zunahme der Blasenbildung an den Händen, trophischer Störung am rechten äusseren Knöchel. Exitus letalis.

Sektionsbefund: Innenseite der Dura glatt. Pia zart, durchsichtig. Windungen normal gebaut und nicht verschmälert. Ventrikel erweitert, enthalten klare seröse Flüssigkeit. Hirngewicht 1400 gr Substanz von guter Konsistenz, zeigt makroskopisch keine Veränderungen, weder Verschmälerung der Rinde, noch Herde in

den basalen Ganglien oder der Capsula. Im Rückenmark: Unregelmässige Höhle, die von der Medulla oblongata bis in das Sakralmark hinabreicht.

Der Verdacht auf Paralyse war im vorliegenden Fall nicht unberechtigt. Gegen sie spricht aber: Das Negieren von Lues, die prompte Lichtreaktion der Pupillen, auch der ganze für Paralyse durchaus nicht charakteristische Verlauf, vor allem aber der negative anatomische Hirnbefund. Der apoplektiforme Anfall, die Sprachstörung, der Tremor der Zunge lassen sich mühelos bulbär erklären, da Syringobulbie mitbesteht und auch eine Schädigung des Hypoglossuskerns nachweislich vorhanden ist. Von klinisch charakteristischen Symptomen, die an meinen Fall anklingen, hebe ich hervor: Den Tobsuchtsanfall, den unmotivierten Wechsel zwischen heiterer Erregung und düsterem, gehemmten Wesen mit sehr deprimierter Stimmung und Selbstmordgedanken, Eintreten von Remissionen mit Krankheitseinsicht, ferner die deutliche Zunahme der Demenz und schliesslich auch den Zustand von Benommenheit.

In anderem Sinn als in unserem Fall haben einerseits P. Marie und Guillain, anderseits Raviart neue Gedanken für diese Frage beigebracht. Die ersten beiden Autoren schreiben:

Wenn man die französischen und ausländischen neurologischen Abhandlungen und die veröffentlichten Beobachtungen durchsieht, könnte man glauben, dass die psychischen Störungen nicht zur Symptomatologie der Syringomyelie gehören, einer Krankheit, die von allen Ärzten als eine Affektion des Rückenmarks und manchmal des Bulbus angesehen wird. Wir haben jedoch beobachtet, dass die Syringomyelie-Kranken an einer fortgeschrittenen Phase ihrer Krankheit angelangt, psychische Störungen darboten, deren Kenntnis interessant ist, weil sie nach unserer Meinung eine teilweise schwere prognostische Erscheinung sind. Bei einem Kranken traten 3 Monate vor dem Tode Verfolgungsideen mit Halluzinationen auf: man sagte Dummheiten zu ihm, man intriguierte gegen ihn, man wollte ihn aus seinem Saal hinausjagen. Er sah Katzen, Hunde, Vögel um sich. Ein zweiter Kranker bekam in den letzten 5 Jahren seines Lebens religiöse Wahnvorstellungen, er erhängte sich. Beim

dritten traten 6 Monate vor dem Tode Verfolgungsideen auf; er war während seines Lebens vollsändig dement. 4. Fall: Eroto-manischer Zustand 4 Monate vor dem Tod. 5. Fall: Ein Syringomyelie-Kranker, der früher geistig stets gesund war, hat einige Tage nach seinem Eintritt ins Krankenhaus Halluzinationen, er sieht schwarze Dinge, Wahngebilde. Er behauptet, auf hohe Säulen gestiegen zu sein und bietet Schwindelanfälle dar. Bald ist er ruhig, bald aufgeregt mit übertriebener Geschwätzigkeit. Einmal behauptet er, man habe ihm Geld gestohlen, ein anderes Mal erzählt er von einer eingebildeten Reise nach Paris. Ein drittes Mal verlangt er Zerstreuungen, bittet in das Krankenhaus zu kommen, obwohl er schon seit mehreren Wochen dort gelegen hat. Diese psychischen Störungen hielten 3 Monate lang bis zu seinem Tode an.

Auffallend und prognostisch wichtig sei das Auftreten dieser Psychosen im Endzustand der Syringomyelie. Alkohol, Morphinismus, Infektionskrankheiten waren bei den Kranken auszuschliessen.

Raviard berichtet folgenden Fall:

63jähriger Mann, hereditär nicht belastet, kein Alkohol, keine Lues. 1870 Granatsplitter ins linke Bein, litt sehr unter der Kälte und unter Entbehrungen in der Gefangenschaft. Einige Jahre später die ersten Anzeichen (Schmerzen, Sphinkterenlähmung) einer Syringomyelie, die in ihrem Verlauf die meisten typischen Symptome bot: Muskelatrophie in den oberen Extremitäten, Predigerhand, Sensibilitätsstörungen, Arthropathieen, trophische Störungen. Einige Zeit nach Beginn des Leidens bemerkte die Umgebung des Patienten eine Änderung in seinem Charakter, er wurde finster und wenig mitteilsam, verstimmt wegen seiner entstehenden Leiden, sprach schon von Selbstmord. Diese geistigen Störungen verschärften sich allmählich, während die Syringomyelie fortschritt, und 7 Jahre vor seinem Tode bestand bei dem Kranken eine Melancholie mit Verfolgungs- und Suicidgedanken auf Grund von Gehörshalluzinationen. Man sprach zu ihm von einer Geschlechtskrankheit, die er acquiriert hatte, man warf ihm vor, er habe in Gegenwart einer Schwester das Schamgefühl ausser Acht gelassen und habe nicht den Mut gehabt, sich nach einer solchen Schande umzubringen. Die Selbstmordgedanken befestigten sich mehr und mehr und Patient brachte sich schliesslich in einer Nacht 5 Messerstiche in den Unterleib bei. Exitus nach einigen Tagen.

Raviart sagt zum Schluss: Dieser Fall ist interessant wegen des Zusammenhangs, der zwischen Geistesstörungen und der Rückenmarksaffektion besteht. Neben Geisteskrankheiten, die sich zufällig mit Syringomyelie verbinden, kann man in verschiedenen Graden eine psychische Störung beobachten, charakterisiert durch einen mehr oder weniger ausgesprochenen Zustand melancholischer Depression, der sich in gewissen Fällen mit Verfolgungsideen und Suicidgedanken komplizieren kann. Dieser Zustand würde entstehen unter dem Einfluss der tiefen Umwälzung, die gewisse Symptome (z. B. Schmerzen, Sphinkterstörungen) mit sich bringen. Sein Entstehen würde begünstigt durch einen Zustand verminderter Widerstandsfähigkeit des Gehirns, das geschädigt ist durch die gewöhnlichen ätiologischen Faktoren der Syringomyelie: Erkältung, Trauma, Überanstrengung, Infektion.

Zu dieser Gruppe gehört auch noch eine von Redlich beschriebene Beobachtung:

67jährige Frau, über deren Antecedentien nur sehr wenig zu erfahren war. Familienverhältnisse gänzlich unbekannt. Sie soll seit mehr als 20 Jahren Zeichen von Geistesstörung gezeigt haben allerdings mit gewissen Intermissionen; so konnte Patientin wieder monatelang ungestört arbeiten. Vor 9 Jahren ähnlicher Zustand wie diesmal. Seit 8 Wochen ist sie sehr ängstlich, klagt und jammert, sie könne nichts mehr verdienen, es wäre besser, Gott würde sie von der Welt nehmen. Sie verweigert die Nahrung, bittet ihre Umgebung, man möge sie erschlagen, versuchte sich selbst zu erwürgen und legte sich in den Schnee um zu erfrieren. Seit wann die Erscheinungen der Syringomyelie bestehen, ist nicht zu eruieren.

Während des 10monatlichen Aufenthalts in der Klinik bot Patientin das Bild traurig-ängstlicher Verstimmung dar, äusserte öfters Taedium vitae, das sie aber mit ihrer Hinfälligkeit, ihrer schlechten Situation bis zu einem gewissen Mass zu motivieren weiss; eigentliche Wahnideen fehlen. Intelligenz und Gedächtnis sind beträchtlich abgeschwächt.

Körperlich bestehen die klinischen Symptome einer Syringomyelie: Skoliose der mittleren Brustwirbelsäule, Muskelatrophie der oberen Extremitäten, rechts stärker als links. Auftreibung der

Fingergelenke und Endphalangen einzelner Finger. An der Haut der Vorderarme und Hände einzelne Narben, Schmerz- und Temperaturempfindnng besonders an den Händen herabgesetzt.

Exitus an Pneumonie. Die Obduktion ergab im Rückenmark eine besonders das Halsmark einnehmende Höhlenbildung, um die Höhle Gliawucherung, Epithelauskleidung in der medialen Partie ihrer ventralen Hälfte. Zentralkanal hat erweitertes geteiltes Lumen.

Redlich hält den Fall für eine periodische Melancholie. Auch bei ihm treten als Hauptsymptome Depression und geistige Schwäche auf.

In Schlesinger's eigenen Beobachtungen (l. c. Fall XIII und XIX) finde ich zweimal das Symptom der Depression erwähnt, in einem Fall fortwährend äusserst deprimierte Stimmung, häufiges Weinen. Auch hier bestehen sehr schwere körperliche Erscheinungen, besonders ausgedehnte trophische Störungen, und es ist nicht unmöglich, dass darin für die Psychose ein gewisses auslösendes Moment liegt. Schlesinger weist auch darauf hin, dass gerade beim Morvan'schen Typus häufig eine Veränderung der Gemütsstimmung des Kranken besteht, die Patienten seien oft auffallend mürrisch, verdrossen, wenig mitteilsam, dabei häufig zweifellos beschränkt.

Über die Frage, die ich im Anfang gestellt habe, ob ein Zusammenhang zwischen Syringomyelie und psychischen Störungen angenommen werden kann, ist ein abschliessendes Urteil bei der geringen Zahl der beobachteten Fälle und ihrer zum Teil knappen Beschreibung nicht möglich. Soweit sich die Autoren über das Bestehen eines solchen Zusammenhangs ausgesprochen haben, habe ich deren Urteil bei den betreffenden Fällen beigefügt. Zusammenfassend glaube ich aus dem Vorhergehenden folgendes schliessen zu dürfen: Wir wissen, dass Syringomyelie auf einer Entwicklungsstörung des Rückenmarks beruht. Es ist daraus der Schluss auf eine gleichzeitige mangelhafte Entwicklung des Zentralnervensystems nicht unberechtigt. Die psychischen Störungen bei Syringomyelie sind nun, soweit es sich nicht um zufällige Komplikationen handelt, zu nicht

geringem Teil solche, die auf eine mangelhafte Entwicklung des Gehirns bezogen werden können im Sinn einer Entwicklungshemmung oder Entwicklungsverkehrtheit. Dafür sprechen besonders die Fälle von angeborenem Schwachsinn und die degenerativen Fälle.

Eine Gruppe von Fällen scheint sich aber besonders hervorzuheben und wird auch von verschiedenen, besonders französischen Autoren als spezifische Form angesehen. Die Hauptzüge derselben sind Depression und zunehmende geistige Schwäche. Nach den erwähnten Krankengeschichten, speziell dem von mir beschriebenen Fall D. liegt aber kein Grund vor, in diesen Fällen eine andere Auffassung anzunehmen, als dass es sich um eine in das Gebiet der Dementia praecox gehörige psychische Störung handelt. Wir wissen ja über die Genese der Dementia praecox vorläufig nichts Sicheres. Immerhin ist in einem grossen Teil der Fälle schwere erbliche Belastung vorhanden und die Annahme einer originären Disposition berechtigt. In dieser Hinsicht ist das Zusammentreffen von Dementia praecox und Syringomyelie nicht ohne Interesse, weil wir auch in der Syringomyelie eine Manifestation der originär schwachen Anlage eines Teils des Zentralnervensystems und damit wohl auch des Gehirns erblicken dürfen.

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr Wollenberg für die gütige Überlassung der Arbeit und liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Von den mit * bezeichneten Arbeiten stand mir das Original nicht zur Verfügung.

1. *Asmus: Über Syringomyelie. Bibliothec. med. C Heft l. zit. von Liman (l. c.).
2. Bäumler, A.: Über Höhlenbildungen im Rückenmark. Inaug.-Diss. Zürich 1887.
3. Brunzlow: Über einige seltene, wahrscheinlich in die Kategorie der Gliosis spinalis gehörende Krankheitsfälle. Inaug.-Diss. Berlin 1890.
4. Dimitroff: Über Syringomyelie. Archiv für Psychiatrie XXVIII, 1896, S. 299 und XXIX, 1897 S. 582.
5. Eickholt: Beitrag zur zentralen Sklerose. Arch. f. Psych. X, 1880 S. 613.
6. Fürstner & Zacher: Zur Pathologie und Diagnostik der spinalen Höhlenbildung. Arch. f. Psych. XIV. 1883 S. 422.
7. *Galloway: Syringomyelie. Brit. med. Journal 1891, S. 641. zit. v. Liman (l. c.).
8. Giannelli: Sulle pseudosiringomielie e siringomielie nella paralisi progressiva. Rivista sperimentale di freniatria, XXII, 1896, S. 1.
9. Hochhaus: Ein Fall von Tetanie und Psychose bei einem Kranken mit Syringomyelie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde VII, 1895, S. 102.
10. Hoffmann: Über Chorea chron. progressiva. Virchow's Archiv CXI, 1888, S. 532.
11. Derselbe: Zur Lehre von der Syringomyelie. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde III, 1893, S. 1.
12. *Jackson & Galloway: A case of Syringomyelus. The Lancet 1892, S. 408 zit. v. Liman (l. c.).
13. Joffroy & Achard: Syringomyelie non gliomateuse associée à la maladie de Basedow. Archives de médecine expérim. III, 1891, S. 90.
14. Joffroy & Gombault: Lésions de syringomyélie trouvées à l'autopsie d'un paralytique général XI, 1903, S. 913.
15. Kaiser & Küchenmeister: Über einen Fall von Syringomyelie, Arch. f. Psych. XXX, 1898, S. 250.

16. Köberlin: Über die Art und Häufigkeit der Erkrankung des Rückenmarks bei der progressiven Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. XLVI, 1890, S. 577.
17. Kraepelin: Psychiatrie, 7. Auflage 1904.
18. Laehr: Charité-Annalen, 20. Jahrgang.
19. Liman: Komplikationen der Syringomyelie mit hysterischen, epileptischen und psychischen Anomalien. Inaug.-Diss. Strassburg 1896.
20. Lunz: Ein Fall von Syringomyelie mit Cheiromegalie. Deutsche med. Wochenschr. XXIV, 1898, S. 651.
21. Marie, P. & Guillain: Les troubles psychiques dans la syringomyélie. Revue Neurologique XI, 1903, S. 118.
22. *O'Carrol: Syringomyelia. Brit. med. Journal 1891 25. April zit. v. Liman (l. c.).
23. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 3. Aufl. 1902.
24. Derselbe: Über atypische Formen der Gliosis spinalis Arch. für Psych. XXV, 1893, S. 315.
25. Prochazka: Combinaison de la syringomyélie avec l'hystérie et l'hystéro-traumatisme. Revue Neurologique VII, 1899, S. 42.
26. Raviart: Contribution a l'étude des troubles psychiques dans la syringomyélie. Revue neurologique XI, 1903, S. 863.
27. Redlich: Zur Kasuistik der Kombination von Psychosen mit organischen Nervenkrankheiten. Wiener klinische Rundschau XIV, 1900, S. 268.
28. *Rosenblath: Zur Kasuistik der Syringomyelie und Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. Deutsches Archiv f. klin. Med. LI S. 210 ref. im Neurolog. Zentralblatt XII, 1893, S. 446.
29. Schaffer & Preisz: Über Hydromyelie und Syringomyelie. Arch. f. Psych. XXIII, 1892, S. 1.
30. Schlesinger: Die Syringomyelie. 2. Aufl. 1902, Franz Deutike.
31. *Schüle: Deutsches Archiv f. klin. Medizin XX, 1877, S. 271 zit. v. A. Bäumler (l. c.).
32. Tollens: Bildungsanomalien (Hydromyelie) im Zentralnervensystem eines Paralytikers. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. IX. 1901, S. 434.
33. *Vought: A case of Syringomyelia. New-York med. Journal 11. Juni 1892, zit. v. Liman (l. c.).

Lebenslauf.

Ich, Eberhard Herzog, bin geboren am 13. September 1880 zu Feuerbach O.A. Stuttgart. Ich besuchte die Lateinschule in Langenburg und das Gymnasium in Reutlingen, an dem ich im Juli 1898 die Reifeprüfung bestand. Vom Herbst 1898 bis Frühjahr 1901 widmete ich mich in Tübingen dem Studium der Medizin und diente dort als Einjährig-Freiwilliger beim Inf.-Regt. Nr. 180. Nach Fortsetzung der Studien an den Hochschulen Kiel und München kehrte ich im Frühjahr 1902 nach Tübingen zurück und erstand daselbst im W.S. 1903|04 die ärztliche Staatsprüfung. Nach Befreiung von der Ableistung des praktischen Jahres war ich vom 1. April bis 1. Oktober 1904 Volontärassistent an der psychiatrischen Klinik Tübingen, diente dann vom 1. Oktober 1904 bis 1. April 1905 als Einjährig-Freiwilliger Arzt beim Art.-Regt. 66 in Lahr und bin zur Zeit Assistenzarzt in Malstatt-Burbach bei Saarbrücken.